Panhandle Health District

Nombre_____ **Historial/Forma para Examen**

A. Historial Medico Personal

SÍ	NO	GENERAL
		1. Estoy de buen salud
		2. ¿La noche suda o los flashes calientes?
		3. ¿Cáncer? ¿Si sí, dónde cuando?
		4. ¿Fuma cigarillos? ¿Si sí, cuantos por día?
		5. ¿Bebe alcohol? ¿Si sí, cuantos bebidas por semana?
		6. ¿Defectos de nacimiento o problemas genéticos?
		7. ¿Está recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? ¿Si sí, Cuál?
		8. ¿Está Usted tomando hierbas o medicina sin receta? ☐ receta ☐ sin receta ☐ hierbas ¿Si sí, que?
		OJOS
		10. ¿ Problemas con sus ojos? (excluyendo lentes)
		OIDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA
		11. ¿Problemas de Audición?
		12. ¿Sangre de la nariz? (con frecuencia)
		CARDIOVASCULAR
		13.¿ Prolapso de la válvula mitral?
		14.¿ Murmullos del corazón?
		15.¿ Venas varicosas?
		16. ¿Coágulos de sangre? (cabeza/pierna/pulmones)
		17. ¿Derrames o problemas similares?
		18. ¿Alta presión sanguínea?
		19. ¿Colesterol alto?
		RESPIRATORIO
		20. ¿La tos crónica o otros problemas de respirar/asma?
		21. ¿Tuberculosis o cerca a alguien que tiene tuberculosis?
		GASTROINTESTINAL
		22. ¿Problemas del estomago o intestino?
		23. ¿Problemas del hígado? (hepatitis o tumor, etc.)
		24. ¿Problemas de vesicular biliar?
		GENITOURINARIO
		25. ¿Problemas de la vejiga o del riñón?
		26. ¿Fibromas uterinos?
		27. ¿Quistes ováricos?
		28. ¿ Masas del pecho o flujo que viene del pecho?
		29. ¿Fecha del ultima Mamo gramá? _____
		30. ¿Flujo vaginal que pica o tiene mal olor?
		31. ¿Endometriosis?
		32. ¿Dolor con relaciones sexuales?
		33. ¿Historia de prueba PAP anormal?
		34 ¿Fecha de su ultima prueba PAP?: _____
		35. ¿Tomó su madre DES mientras estaba embarazada con Usted? (Si nació antes de 1972)
		36. ¿Tenido alguna infección venérea? ¿Cual? : ☐clamidia ☐gonorrea ☐verrugas genitales ☐herpes ☐sífilis ☐EPI ☐ Hepatitis B ☐ VIH ☐ Otro
		37. ¿Su edad cuando tenia sexo por el primer vez? EDAD_____
		MUSCULOSKELETAL
		38. ¿Artritis o osteoporosis?
		PIEL
		39. ¿ Acné o otros problemas de la piel ¿qué?
		NEUROLÓGICO
		40. ¿Dolores de cabeza de la jaqueca con cambios visuales?
		41. ¿Convulsiones/epilepsia?
		42. ¿ Entumecimiento en los brazos/piernas?
		PSICOLOGICO
		43. ¿Depresión que requiere el tratamiento?
		44. ¿Pensamientos o planes del suicidio?

A. Historial Medico Personal

SÍ	NO	ENDOCRINA
		45. Problemas de la tiroides
		46. Diabetes
		HEMATOLOGICAL/LYMPHATIC
		47. Anemia
		48. Enfermedad de la célula de la hoz
		49. Coágulos de sangre
		ALERGIA/INMUNOLOGÍA
		50.¿ Lupus?
		51. ¿Rubéola? (sarampión alemán)
		52.¿Ha tenido todas las vacunas de nino?
		53. ¿Imunización del tétanos en los diez anos pasados?
		54. ¿Serie de la vacunación por la hepatitis B? ¿Fecha?
		55. Ha tenido la vacuna de HPV para cancer cervico?
		56. Es Usted alérgico a drogas, a medicaciones, látex o a otras sustancias, incluyendo anestesia local? ¿Sí sí, qué?

B. HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍAS

Año	Razón

C. HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA INMEDIATA

¿Es Usted adoptado(a)? ☐Si ☐No

Algún miembro de su familia inmediata (madre, padre, hermana, hermano) ha tenido:

Sí	NO	Diagnosis	Relativa
		Osteoporosis	
		Diabetes	
		Ataque cardiaco/Derrame antes de 50 anos de edad	
		Colesterol alto	
		Problemas genéticos	
		Coágulos de sangre	
		Cáncer: Sí sí, tipo? :	
		Alta presión sanguínea	

STAFF COMMENTS / EXPLANATIONS (by number)

Label #5

D. HISTORIAL DE EMBARAZO

# de Embarazos:	# de abortos involuntario:
# Nacimientos vivos:	# de Partos muertos:
# De Niños vivos:	# de abortos:
# de embarazos ectopico:	☐ Nunca embarazada
Fecha de la ultima embarazo:	
¿Tiene planes de tener niños en el futuro? ☐Si ☐No	

E. HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVO

Método de Anticonceptivo que usa ahora

¿Cuánto tiempo lo has usado este método? :

¿Tiene problemas con este método? ☐Si ☐No

¿Sí sí, qué? :

¿Cual método quiere usar ahora?

F. HISTORIA MENSTRUAL

1. Edad de su primera menstruación:
2. Numero de tapones usado en el dia de la regla mas fuerte:
3. Cual numero de días es la regla? : (días)
4. Tiene periodos normales? ☐Si ☐No
5. Fecha que empezó su ultima periodo?: _____
   Esta regla era: ☐normal ☐ anormal
6. Tiene antes o durante la regla: ☐dolor
   ☐ hinchazón ☐ problema del intestino ☐cambios emocionales
7. Sangra después de tener sexo? ☐Si ☐No
8. Sangra entre periodos menstruales? : ☐Si ☐No

Comentarios:

F. HISTORIAL SOCIAL

SÍ	NO	¿Usted ha tenido recientemente?	Comentarios
		☐ Emocional ☐ Problemas con novio?	
		¿Tiene dinero para vivir?	
		Problemas con ☐ casa ☐ escuela	
		¿Tiene miedo por su seguridad?	
		Problemas con los Padres	
		¿Está Ud. abusada físicamente?	
		¿Le han forzado a tener sexo o had estado abusado sexualmente?	

Comentarios:

H. RIESGOS DE ITS/VIH

Numero de compañeros del sexo en su vida:
HOMBRES: MUJERES:

¿Con cuantos novios ha tenido sexo en el ano pasado?

¿Cual porciento del tiemp usan condones?

¿Como se protecta contra la VIH y ITS?

SÍ	NO		COMENTARIOS
		¿Ha usado drogas de la calle? ¿Si si, cuando y que tipo?	
		¿Ha recibido una transfusión de sangre o producto de sangre antes de 1985?	
		Un novio de sexo ha: ☐ ¿Usado drogas con aguja? ☐ ¿Tenia Hemofilia? ☐ ¿ Tenia VIH/SIDA? ☐ ¿Tenia muchas novias? ☐ ¿Tenia novios de ambos sexos?	
		¿Usted ha compartido agujas? Por ejemplo: Inyectarse drogas, tatooing, perforados?	
		¿Cambiado sexo por drogas o dinero?	
		¿Ha tenido una prueba para VIH? Cuando? :_____	

Comentarios:

Al mejor de mi conocimiento la información que he proporcionado está correcta y termina.

Firma del Cliente Fecha

Staff Signature Date

Label #5 Here